

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1913-1914. — N° 417

TRAITEMENT
DES
ABCÈS FROIDS THORACIQUES
D'ORIGINE COSTALE
PAR LA RÉSECTION, LE PLOMBAGE
ET LA SUTURE IMMÉDIATE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Avril 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René MEGNIN

Né le 21 juillet 1885, à Audincourt (Doubs).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1914



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553417_0005

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 117

TRAITEMENT
DES
ABCÈS FROIDS THORACIQUES
D'ORIGINE COSTALE

PAR LA RÉSECTION, LE PLOMBAGE
ET LA SUTURE IMMÉDIATE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Avril 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René MÉGNIN

Né le 21 juillet 1885, à Audincourt (Doubs).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LEPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
Cliniques chirurgicales.	TIXIER
	BÉRARD
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique des maladies nerveuses et mentales	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfans	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Physique médicale	CLUZET
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUART
Anatomie	TESTUT
Anatomie générale et Histologie	RENAUT
Physiologie.	MORAT
Pathologie interne.	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	LESIEUR
Anatomie pathologique.	PAVIOT
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.)
Médecine légale.	ETIENNE MARTIN
Hygiène :	COURMONT (J.)
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X. ,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THÉVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, Président; POLOSSON (M.), Assesseur;
MM. LERICHE et COTTE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de profonde affection
et d'extrême gratitude.*

A MA GRAND'MÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien des Hôpitaux de Lyon.

*Il me fait aujourd'hui l'honneur de présider
cette thèse. Qu'il veuille bien agréer, ici,
l'hommage de ma respectueuse reconnais-
sance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LERICHE

*Il a bien voulu me confier l'exécution
de ce travail et ne m'a ménagé ni ses
peines ni ses conseils. Qu'il soit bien
assuré de mon profond dévouement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Le plombage des cavités osseuses par le mélange iodoformé de Mosetig-Moorhof a actuellement droit de cité en chirurgie. Son application aux cavités créées par une résection articulaire est également courante.

M. le professeur agrégé Leriche a pensé qu'on pouvait encore élargir le domaine de cette méthode et que non seulement il était possible d'introduire le mélange iodoformé dans les cavités pathologiques nettement limitées par du tissu osseux ou par une capsule fibreuse, mais encore dans les cavités mal délimitées, situées en plein tissu conjonctif et musculaire.

Or, c'est à une cavité de ce genre que l'on a à faire à la suite d'une résection costale pour ostéite tuberculeuse de la cage thoracique. Et en effet les événements ont confirmé ces idées ; M. Leriche, en appliquant, suivant certains principes que nous allons exposer, la méthode de Mosetig-Moorhof aux abcès froids de la paroi thoracique d'origine costale, a obtenu de très brillants résultats.

Il a bien voulu nous charger de faire connaître ce mode de traitement et nous confier les observations

des malades auxquels il l'a appliqué : nous tenons ici à l'assurer de notre profonde reconnaissance.

Pour exposer cette méthode, nous procéderons de la façon suivante.

Après une étude historique de la question, destinée surtout à montrer comment, des idées primitives de Mosetig-Moorhof, on en est arrivé à la conception actuelle de l'application du plombage iodoformé, nous résumerons les différentes thérapeutiques employées contre les ostéites costales : ceci nous permettra de montrer les avantages et les inconvénients de chacune d'elles et de leur comparer la méthode que nous préconisons.

Nous aborderons alors l'étude de cette méthode : tout d'abord sa technique, puis ses résultats en nous basant sur les observations de M. le professeur agrégé Leriche.

Nous en arriverons ainsi au chapitre des indications thérapeutiques qui découlera tout naturellement de notre argumentation antérieure.

TRAITEMENT
DES
ABCÈS FROIDS THORACIQUES
D'ORIGINE COSTALE
PAR LA RÉSECTION, LE PLOMBAGE
ET LA SUTURE IMMÉDIATE

CHAPITRE PREMIER

ÉVOLUTION DES IDÉES DANS L'EMPLOI DE LA MÉTHODE
DE MOSETIG-MOORHOF

Nous ne voulons pas ici exposer toutes les tentatives faites dans la recherche d'un mode d'obturation des cavités pathologiques : elles sont infinies, on en trouvera l'énumération dans le rapport de M. Broca et dans celui de M. Nové-Josserand sur cette question au XXI^e Congrès Français de Chirurgie (1908). Nous ne voulons même pas faire l'historique complet de la méthode de Mosetig-Moorhof : différentes thèses lyonnaises dont on trouvera l'indication à l'index bibliographique et en particulier la thèse de Grüber (Lyon, 1908) ont des références suffisantes à ce sujet et nous ne ferions que redire ce que ces auteurs ont écrit.

Mais ce que nous voulons faire, c'est chercher à

montrer comment, de l'idée primitive de Mosetig-Moorhof, on en est arrivé à la conception actuelle de sa méthode.

C'est vers 1880 que Mosetig-Moorhof entreprit ses premiers travaux. L'idée qui le guidait était de trouver un mélange permettant l'obturation des cavités osseuses consécutives aux lésions ostéomyélitiques. A cette époque, Mosetig, assimilant une cavité osseuse à une carie dentaire, cherchait à réaliser pour les os ce que les dentistes font pour les dents : il cherchait à les plomber. Après avoir essayé différents mélanges il ne tarda pas à se convaincre que la seule façon d'obtenir un résultat dans cette voie était d'employer des antiseptiques et presque immédiatement ses préférences allèrent à l'iodoforme. Ce corps lui paraissait être un des meilleurs antiseptiques, un des moins nocifs, peut-être le plus actif. Etendant même sa conception primitive aux cavités osseuses créées par la tuberculose, il considéra l'iodoforme comme un véritable spécifique des fongosités bacillaires : il était sans doute influencé par l'action sur les tuberculoses osseuses et ganglionnaires des injections de glycérine iodoformée.

Après une série de tâtonnements, d'essais plus ou moins heureux, en 1899 Mosetig-Moorhof réussit enfin à trouver le mélange qui donnait les meilleurs résultats dans l'obturation de ces cavités osseuses : c'est le mélange d'iodoforme, de blanc de baleine et d'huile de sésame employé actuellement. En 1900, il publie ses premiers résultats heureux : il n'applique encore sa méthode qu'aux lésions osseuses. Comme au début

de ses expériences, il pense que le mélange agit d'abord par son pouvoir antiseptique pour modifier les parois d'une cavité encore infectée, puis par sa masse pour remplacer la perte de substance : d'où le nom de plombage iodoformé donné à la méthode.

En présence de ces succès, Mosetig, timidement au début, comble les cavités laissées par une résection articulaire : il n'introduit d'abord le mélange que dans les cavités osseuses au voisinage de l'articulation ; puis, peu à peu, il en arrive à remplir la capsule articulaire elle-même. En 1904 il publie dans la *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* ses premiers résultats obtenus dans ces conditions : mais ce ne sont là encore que de bien timides essais. La mort de leur auteur, en 1906, vint les interrompre.

C'est à l'école lyonnaise que revient le mérite d'avoir amplifié la conception de Mosetig-Moorhof ; c'est elle qui a mis au point l'application de cette méthode et qui a donné l'interprétation exacte des résultats que l'on en obtenait. En effet, dès 1903, M. le Dr Bérard à Lyon, et le premier en France, appliquait à l'obturation des cavités osseuses le mélange iodoformé ; en 1904, il publiait dans la *Revue d'Orthopédie*, en collaboration avec le Dr Thévenot, ses premiers résultats et il inspirait la thèse de Renaud.

En 1907, M. Vignard faisait l'application du mélange aux cavités laissées par une résection articulaire et, en 1908, en collaboration avec Grüber, il publiait dans le *Lyon chirurgical* ses observations. A cette époque, déjà, l'idée avait progressé : tous les chirurgiens lyonnais avaient peu à peu appliqué la

méthode et une série de discussions à la Société de Chirurgie de Lyon prouvaient les brillants résultats qu'elle donnait. En même temps se dégagait une interprétation plus exacte de l'action thérapeutique du mélange de Mosetig : celui-ci n'apparaissait plus comme un plombage au sens exact du mot, mais plutôt comme un véritable pansement interne facilitant, à l'abri de tout germe, la réparation des cavités pathologiques. Ainsi s'expliquait qu'il pût être introduit non seulement dans une cavité osseuse, mais encore dans une cavité de résection articulaire. On trouve cette conception dans la thèse de Rendu (Lyon, 1911), qui conclut ainsi son travail :

« Le plombage iodoformé agit à la façon d'un pansement interne qui accélère la réparation et évite l'infection secondaire. »

Il semble même, qu'à cette époque, une certaine timidité se soit manifestée parmi certains chirurgiens, assimilant peut-être trop volontiers le mélange iodoformé, pansement interne, aux mèches de gaze que l'on introduisait dans les cavités articulaires pour faciliter leur cicatrisation ; et, d'autre part, encore très persuadés de la nécessité du drainage après les résections, ces chirurgiens plaçaient un petit drain sous-cutané après le plombage. Ce drain facilitait l'élimination d'une partie du mélange. On trouve, en effet, souvent signalée dans les discussions de la Société de Chirurgie de Lyon de 1907 à 1911, cette utilité du drain superficiel dans l'application de Mosetig. Et cependant M. Vignard avait déjà « plombé » des hanches et fait la suture immédiate.

Or, c'est à cette époque que MM. Villard et Tavernier présentèrent des observations de résection sans drainage et que les discussions s'engagèrent sur cette question. Cette communication de MM. Villard et Tavernier n'a, évidemment, aucun rapport immédiat avec le plombage de Mosetig-Moorhof; cependant, nous avons tenu à la rappeler, car elle n'a probablement pas été sans influence sur l'abandon du drain par certains chirurgiens à la suite du plombage iodoformé.

En même temps se précisaient les indications de la méthode; ses avantages dans l'astragalectomie, dans les résections de la hanche, du poignet; son inutilité dans les résections du genou et du coude. Bref! à l'heure actuelle, le plombage iodoformé apparaît comme indiqué dans l'obturation de toutes les cavités osseuses et de certaines cavités laissées par une résection ostéoarticulaire; les différentes communications faites à Lyon et en particulier celles de M. Vignard, ont nettement défini ces indications; nous ne saurions insister sur ce point, Mais, jusqu'à maintenant, jamais le plombage n'a été préconisé dans l'obturation des cavités pathologiques mal délimitées, situées dans les parties molles. A vrai dire, il a été employé dans de semblables conditions. Dans la thèse d'Imbert (Lyon, 1911-1912), inspirée par Jaboulay, on trouve deux observations de résection costale suivie de plombage xéroformé. Mais, dans aucune publication antérieure il n'a été proposé comme une méthode systématique; il a même été déconseillé par MM. Bérard et Vignard.

Ainsi, ce dernier écrit dans le *Lyon chirurgical*, (1^{er} décembre 1908, p. 105):

« Si dans une cavité formée tout entière de parties
« molles, le mélange ne gâte rien, il est bien certain
« qu'il sera en partie éliminé et qu'il jouera mal son
« rôle plastique en attendant d'être lentement et
« progressivement rejeté au fur et à mesure de la
« formation du tissu cicatriciel...

« ... C'est dans les résections laissant après elles
« des cavités anfractueuses, profondes, limitées par
« des os ou des capsules périostiques résistantes,
« nécessitant un drainage difficile et des pansements
« indéfinis que la méthode doit faire ses preuves si elle
« veut entrer dans la pratique courante et constituer
« un progrès véritable sur les méthodes anciennes. »

Dans la séance de la Société de Chirurgie de Lyon
du 29 avril 1909, M. Bérard tenait à peu près le même
langage :

« Je ne conçois pas une égale utilité de la méthode
« de Mosetig pour l'oblitération des cavités naturelles
« ou des cavités pathologiques limitées aux parties
« molles ; un tamponnement à la gaze permet de sau-
« vegarder les contours extérieurs de la région en
« surveillant les lésions de près. »

De semblables opinions émises par des maîtres qui
ont été les premiers à appliquer la méthode de Mosetig-
Moorhof en France s'expliquent, en fait, assez aisé-
ment.

En effet, le mélange de Mosetig-Moorhof a un
pouvoir antiseptique assez faible ; introduit dans une
cavité où il persiste encore des lésions, il est éliminé
peu à peu et la suppuration s'installe, bien moins
abondante, il est vrai, qu'avec le pansement ordinaire

de ces cavités. Or, on sait la difficulté qu'il y a à aseptiser des parties molles infectées et la facilité avec laquelle cette infection se développe : il est donc bien certain que le mélange introduit dans ces conditions, c'est-à-dire dans une cavité entourée de parties molles septiques, s'élimine encore plus facilement que quand il est dans une cavité osseuse : il n'a, dès lors, que des avantages très secondaires. C'est ce qui explique les opinions de MM. Bérard et Vignard.

Pour parer à cet inconvénient résultant de l'infection, M. Leriche a pensé que le meilleur moyen était de traiter une ostéite costale avec son abcès froid comme on traite une tumeur maligne ; on enlève en bloc côtes et poche purulente en incisant dans les parties saines environnantes. La cavité qui en résulte est ainsi parfaitement aseptique et, pourvu qu'on en fasse l'hémostase soigneuse, le mélange qu'on y introduit n'est pas éliminé, quoique placé dans les parties molles, les plans superficiels peuvent être complètement suturés et la cicatrisation se fait par première intention. La cavité est donc protégée contre tout risque d'infection secondaire, le mélange est peu à peu résorbé et non plus éliminé au fur et à mesure de la cicatrisation profonde. Le plombage constitue, dans ces conditions, un progrès évident sur tous les autres modes de traitement des ostéites costales.

Nous nous sommes efforcé, dans cette étude historique, de montrer la progression des idées qui a permis à M. Leriche de concevoir la méthode que nous préconisons aujourd'hui. On peut résumer cette évolution de la façon suivante : découverte du mélange par Mosetig-

Moorhof ; application de ce mélange aux cavités osseuses d'abord, puis aux cavités articulaires ; nécessité d'une asepsie absolue dans l'application de ce procédé ; inutilité, peut-être même danger du drainage ; au contraire, avantages de la suture immédiate. Ce sont toutes ces notions lentes à se dégager qui permettent, aujourd'hui, de proposer comme une méthode systématique le traitement des abcès froids thoraciques d'origine costale par la résection en bloc des côtes et de la poche purulente, par le plombage de Mosetig-Moorhof et la suture immédiate.

CHAPITRE II

TRAITEMENT CLASSIQUE DES ABCÈS FROIDS THORACIQUES D'ORIGINE COSTALE

Les abcès froids thoraciques d'origine costale peuvent être consécutifs à trois lésions :

Périostiques, ils sont relativement rares ; osseuses, ce sont de beaucoup les plus fréquentes, ou articulaires.

MM. Tixier et Thévenot ont montré l'existence et la fréquence de ces arthrites de la cage thoracique. Ils les classent en trois groupes suivant l'articulation atteinte : la costovertébrale ; dans ce cas le rachis est secondairement atteint et dès lors l'arthrite devient un mal de Pott qui sort du cadre de cette étude ; la chondrocostale et la chondrosternale. Les abcès provenant de ces deux dernières articulations rentrent dans le groupe des lésions que nous étudions ici.

En outre, M. Salva-Mercadé, dans un article du *Journal de Chirurgie* de février 1914, décrit des abcès froids consécutifs à des lésions primitives des cartilages costaux. Les classiques, à la suite des travaux de Poulet, Kiener, Koenig et Cornil, nient l'exis-

tence de la tuberculose primitive des cartilages et ils basent leur opinion sur ce fait qu'ils sont avasculaires. Mais pour l'auteur que nous citons, l'existence des chondrites costales tuberculeuses est indéniable. Elles ont leur origine soit au niveau du péri-chondre qui est, lui, richement vascularisé, soit au niveau des noyaux osseux qui se développent à la périphérie ou au centre de ces cartilages et sont accompagnés de vaisseaux.

Enfin rappelons, pour être complet, que dans certains cas une ostéite costale est secondaire à une pleurésie (Souligoux).

Ces ostéites se caractérisent anatomiquement par deux choses : d'une part, l'ostéite ou carie analogue à toutes les lésions bacillaires du squelette et, d'autre part, l'abcès froid. Cet abcès, sur les caractères duquel nous ne voulons pas insister, évolue généralement vers la superficie. Le plus souvent il se porte directement sous la peau, et dans ce cas, la région superficielle où pointe la collection correspond exactement, dans la profondeur, à la lésion primitive. Parfois il suit la dissection des fibres musculaires du voisinage et vient apparaître dans le tissu cellulaire sous-cutané, à une distance plus ou moins grande du foyer osseux. C'est ainsi que les ostéites des premières côtes, au voisinage du sternum, ont leurs abcès bridés en avant par le grand pectoral et ces abcès longeant les insertions du muscle se portent en bas vers l'hypocondre, ou bien, suivant la direction des fibres, en dehors vers les parties latérales du thorax. Les ostéites des côtes inférieures peuvent donner des abcès qui fument dans la

paroi abdominale en dessous du grand droit de l'abdomen. Il importe donc, dans tout abcès froid thoracique, de ne pas se baser sur son siège pour affirmer que la lésion primitive est immédiatement sous-jacente : il faut, par la palpation méthodique de toutes les côtes, déterminer le point où la pression provoque une douleur : c'est là que se trouve le foyer osseux.

Dans d'autres cas l'abcès évolue également vers la profondeur, soit qu'il ait son point de départ à la face interne de la côte, soit que, venant de la face externe, il perfore l'espace interosseux, soit que, par une trépanation spontanée de l'os, il se constitue un abcès en bouton de chemise avec deux poches, l'une superficielle, l'autre profonde, communiquant par un petit pertuis osseux.

Ce résumé anatomo-pathologique était indispensable avant d'aborder le traitement des ostéites costales, pour bien faire comprendre les différents temps qui doivent se succéder dans les interventions dirigées contre elles.

Et, en effet, le traitement des abcès froids thoraciques d'origine costale est avant tout un traitement chirurgical. Une semblable lésion ne guérit pas avec un traitement médical. Evidemment, comme dans toute tuberculose, l'huile de foie de morue, l'arsenic et toute la médication générale doivent être employés : elles doivent l'être d'autant plus que souvent il s'agit d'une localisation secondaire du bacille de Koch. L'ostéite costale est bien des fois symptomatique d'une tuberculose sévère que l'on doit combattre énergiquement en améliorant l'état général du malade.

La révulsion locale est à rejeter : elle ne donne que des améliorations insignifiantes ; elle peut gêner une intervention ultérieure. Nous ne savons pas si l'héliothérapie a fourni de bons résultats dans ces cas : elle pourra être employée si les circonstances ne s'y opposent pas, c'est-à-dire si la situation sociale du malade lui permet ce traitement long et dispendieux, et d'autre part si l'on a à faire à une ostéite encore non suppurée, au début.

En réalité c'est au traitement chirurgical qu'il faut toujours en arriver ; aussi est-ce celui que l'on doit proposer d'emblée. Mais quel sera ce traitement ?

Trois procédés peuvent être employés : la ponction avec ou sans injections modificatrices — l'incision avec curettage — la résection costale.

La ponction d'un abcès froid avec injections modificatrices, quand il s'agit d'une lésion osseuse, est, malgré les plaidoyers de Calot en sa faveur, insuffisante. C'est là l'opinion de tous les chirurgiens lyonnais. Elle ne tire son indication que des contre-indications des autres procédés. On ne doit l'employer que chez les malades trop débiles pour supporter la moindre intervention. C'est le traitement palliatif d'une ostéite costale coexistant avec une bacillose pulmonaire cavitaire.

L'incision de la poche avec curettage des parois et de l'os est une mauvaise méthode pour deux raisons : elle est le plus souvent insuffisante et c'est cependant une intervention aussi importante qu'une résection costale. Dans la majorité des cas une ostéite simplement curettée récidive, la lésion s'accroît, la poche

suppure et l'on doit en arriver à l'intervention radicale. Or, cette intervention radicale n'est pas plus grave que le simple curettage.

C'est donc la résection costale qui est, dans tous les cas où l'état général le permet, l'intervention de choix. Généralement simple, de courte durée, elle offre l'avantage de tarir la suppuration en supprimant sa cause ; c'est bien la vraie méthode chirurgicale, puisque c'est un traitement pathogénique et non symptomatique, comme les autres procédés. Pour la pratiquer, on procède, après incision de l'abcès froid, au curettage de la poche et à la résection sous-périostée de la côte lésée. Ce traitement est suffisant pour obtenir la guérison.

Mais elle a de gros inconvénients : les suites opératoires en sont trop longues. Il s'agit là, en somme, d'une lésion bénigne en elle-même — nous ne parlons, bien entendu, que de la lésion locale et nous faisons abstraction de l'état général. Or, la cicatrisation est lente ; le sujet aura besoin pendant des semaines, parfois des mois, de pansements fréquents, douloureux. Ce malade, à qui le grand air est nécessaire, sera obligé de rester longtemps à l'hôpital à cause d'une fistule persistante.

Koenig, sur une statistique de 110 opérés pour abcès froids thoraciques par la résection costale, en a vu 73 seulement sortir de son service parfaitement guéris. Les autres ou bien sont morts ou bien ont quitté l'hôpital avec une fistule intarissable ; et encore Koenig ne nous dit pas le temps qu'il a mis à guérir les 73 heureux de cette série.

Souligoux, dans le *Traité des Affections chirurgicales de la poitrine* (collection Le Dentu et Delbet), écrit: « La guérison (après la résection) est souvent longue à se faire. » Même réflexion de MM. Delore et Charlier dans leur livre *De la tuberculose osseuse*; de Schwartz, dans son livre sur la *Chirurgie du thorax*, même pronostic dans le *Précis de Pathologie chirurgicale* des neuf agrégés.

Bref, la résection, telle qu'elle est pratiquée ordinairement, si elle est la vraie méthode chirurgicale, a encore de gros inconvénients: les suites opératoires en sont trop longues.

Pour parer à cet inconvénient, on a déjà proposé divers modes opératoires: nous n'en retiendrons que deux. L'un est du professeur Roux, de Lausanne; l'autre, de M. Salva-Mercadé. Le premier a été décrit par son auteur dans une communication à l'Association française de Chirurgie (Paris, 1904) et dans un article de M^{lle} Martignac (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1905).

Pour Roux, la suppuration consécutive à la résection costale est due à la présence, dans la cavité suppurante, d'un os dénudé, ou — pis encore — d'un cartilage, qui jouent le rôle de corps étrangers. Il faut donc éviter la nécrose, au contact de germes infectieux, des portions de côte que l'on a laissées dénudées dans le foyer opératoire. Et, pour prévenir cette nécrose, M. Roux fait la résection en deux temps ou résection à tranchées préliminaires. Dans un premier temps, il incise de chaque côté du foyer suppuré, en plein tissu sain, et il fait, loin des lésions, la section

des côtes intéressées. Il laisse ensuite cicatriser la plaie. Puis, dans un second temps, il enlève en bloc, comme une tumeur, toutes les lésions, les portions de côtes malades s'énucléant avec les parties molles, puisqu'elles ont été isolées dans le premier temps.

A ce procédé de M. Roux, on peut faire deux reproches : le premier est d'obliger à deux opérations consécutives et de compliquer ainsi une intervention qui doit être simple ; le second est de nécessiter un vaste délabrement pour se trouver dans des parties saines, loin de l'infection ; sinon, celle-ci pourrait progresser dans l'intervalle des deux interventions et envahir les tissus qui ont été mis, dans le premier temps, en dehors du foyer à extirper.

PREMIER TEMPS. *Taille du lambeau.* — Pour mettre à nu toutes les lésions et faire l'ablation au grand jour, on taille un large lambeau cutané. Ce lambeau, de forme semi-ovalaire, a sa base située au niveau de la lésion osseuse et son pourtour encercle l'abcès froid dont le point culminant est au centre. Après incision et dissection de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, on rabat le volet ainsi fait, la base de l'incision représentant la charnière.

On isole ensuite l'abcès froid des tissus environnants en ayant grand soin de ne pas l'ouvrir ; on poursuit tous ses diverticules, tous ses prolongements, en incisant au besoin dans les parties saines pour éviter l'ouverture de la poche.

DEUXIÈME TEMPS. *Extirpation de la poche ou du*

trajet fistuleux. — L'abcès une fois isolé, s'il n'a pas été ouvert accidentellement, est ponctionné au gros trocart en même temps que les surfaces cruentées sont protégées contre le pus au moyen de compresses, puis les parois en sont extirpées ainsi que tous les trajets fistuleux cutanés qui pourraient l'accompagner. Ses points d'insertion sont ensuite énergiquement cautérisés par le chlorure de zinc.

TROISIÈME TEMPS. *Résection osseuse ou cartilagineuse.* — Grâce à la large incision qui a été pratiquée, on peut alors aisément se rendre compte de l'étendue des lésions osseuses. On dénude les côtes à quelques centimètres de chaque côté des portions malades et on les enlève. Cette résection doit être large. On pratique ensuite l'examen des portions profondes. Tout point suspect sera réséqué, fût-ce même la plèvre.

QUATRIÈME TEMPS. *Fermeture et drainage.* — Pour combler la brèche ainsi faite et éviter la formation d'un recessus d'où partiront de nouveaux trajets qui donneront lieu à de nouvelles fistules, on peut se servir des muscles du voisinage que l'on fait glisser dans la cavité. Mais, le plus souvent, comme il s'agit d'une perte de substance en surface et non d'un puits, il suffit de rabattre le lambeau cutané, de le suturer, puis de l'appliquer contre le fond de la cavité en le comprimant extérieurement avec un tampon de gaze.

D'autre part, on place un drain au point déclive,

qui permet l'écoulement du sang et des sérosités. Ce drain est enlevé après quarante-huit heures.

Deux particularités dans cette intervention doivent retenir notre attention : c'est l'incision proposée et, en second lieu, le temps de la dissection de la poche d'abcès froid.

La large incision cutanée que propose M. Salva-Mercadé offre incontestablement de gros avantages. Découvrant largement toutes les lésions, elle permet de poursuivre jusqu'aux moindres diverticules de l'abcès, toute lésion suspecte est aperçue et, de la sorte, facilement extirpée. En outre, ainsi que le fait remarquer son auteur, cette incision d'emblée très large permet d'éviter les contre-incisions plus ou moins régulières, tranchées sur la première, et parfois nécessaires lorsqu'il s'agit d'une lésion plus étendue qu'il ne semblait au premier abord. C'est, en effet, un gros reproche que l'on peut faire à l'incision transversale que l'on emploie généralement ; si les lésions débordent le territoire prévu, il faut l'agrandir et souvent dans des directions différentes. Il en résulte des cicatrices vraiment très disgracieuses.

Mais est-ce à dire cependant que l'on doive, dans tous les cas, utiliser ce vaste lambeau que propose Mercadé ? Nous ne le croyons pas : il semble bien exagéré, pour une ostéite costale n'intéressant cliniquement qu'une seule côte, et ne s'accompagnant pas d'un volumineux abcès, de faire pareil délabrement, alors qu'une simple incision transversale est suffisante. Et, en somme, les cas où l'on est obligé de faire des incisions supplémentaires sont relativement rares.

Nous croyons donc que dans les ostéites qui ont atteint plusieurs côtes ou très largement une même cote, ou qui s'accompagnent d'un abcès volumineux se prolongeant loin du foyer osseux, l'incision que nous venons de décrire doit être employée.

Mais, dans tous les autres cas, et ils sont les plus nombreux, on peut se contenter de la simple incision transversale. Les résultats en seront aussi bons et l'esthétique n'y perdra pas ses droits.

L'extirpation de l'abcès froid telle qu'elle est proposée par M. Salva-Mercadé nous paraît une méthode excellente. C'est, en effet, le seul moyen de ne pas essaimer de tous côtés, dans le tissu cellulaire, des germes qui permettront à la lésion de récidiver. M. Leriche emploie systématiquement un moyen encore plus parfait ; il extirpe toute la masse : abcès froid et côte en sectionnant les parties saines environnantes, tout comme pour une tumeur maligne. La méthode est aussi rapide, l'asepsie encore plus rigoureuse.

Mais, outre ces deux points que nous avons signalés, ce qui nous a le plus intéressé dans la méthode de M. Mercadé, c'est la façon dont il se comporte vis-à-vis de la cavité laissée par la résection. Cet auteur insiste parfaitement sur les deux causes qui nécessitent l'obturation de cette cavité : c'est, d'une part, la présence d'espaces morts sous le lambeau cutané et, d'autre part, le suintement sanguin et séreux, deux conditions éminemment favorables à l'infection secondaire. Pour combler cet espace, ou bien on y fait glisser un lambeau musculaire, ou bien on se con-

tente de refouler le lambeau cutané dans la cavité au moyen d'un tampon de gaze. La méthode est évidemment simple ; mais suffit-elle dans tous les cas ?

M. Mercadé, sur six interventions faites dans ces conditions, n'a observé qu'une seule fois le défaut de cicatrisation par première intention.

Contre l'hémorragie et le suintement séreux, il suffit de placer un petit drain au point déclive. Ce drain est enlevé au deuxième jour. Si ce suintement persiste, on fait un pansement tous les deux jours, et chaque fois on comprime la surface cutanée pour faire sourdre le liquide contenu dans la cavité. Généralement, deux ou trois pansements suffisent à tarir ce suintement. A cela, il n'y a qu'un reproche à faire : c'est la fréquence des pansements qui peuvent être cause d'infection secondaire.

Bref, la méthode de M. Mercadé constitue un progrès incontestable dans le traitement de l'ostéite costale. Incision donnant un jour très large sur les lésions et permettant leur ablation complète, extirpation de l'abcès froid sans s'exposer à infecter par le pus les surfaces cruentées, suture immédiate du lambeau cutané permettant la réunion par première intention, sont évidemment de grandes améliorations apportées à la résection costale classique. Les résultats en sont d'ailleurs intéressants : tous les malades ont quitté l'hôpital complètement guéris entre le dixième et le vingtième jour.

Cependant cette méthode offre quelques dangers d'infection : danger au moment où l'on sectionne le pédicule de l'abcès froid, laissant ainsi la côte infectée

au contact des surfaces de section; danger par insuffisance d'obturation de la cavité laissée par la résection, danger par le drainage et surtout les pansements consécutifs. Aussi croyons-nous supérieure à cette méthode la technique de M. Leriche que nous allons maintenant décrire.

CHAPITRE III

TECHNIQUE DE LA RÉSECTION COSTALE AVEC PLOMBAGE IODOFORMÉ ET SUTURE IMMÉDIATE

Dans le cours de notre exposé sur la méthode de Mosetig-Moorhot, nous avons dit que deux conditions étaient indispensables au succès du plombage : c'est d'abord une asepsie absolue, en second lieu une hémostase soigneuse. Si ces conditions ne sont pas rigoureusement observées, le mélange est éliminé, et la réunion par première intention, à laquelle on vise par ce procédé, n'est pas obtenue. Ce sont les deux éléments essentiels de la réussite et il faut, au cours de son intervention, avoir ces deux lois fondamentales de la méthode présentes à l'esprit.

Pour réaliser ces deux conditions, les techniques ordinaires de la chirurgie suffisent, pourvu qu'elles soient appliquées dans toute leur rigueur.

Il est usuel de dire, lorsqu'on veut insister sur la nécessité de l'asepsie au cours d'une intervention : « L'asepsie doit être aussi absolue que pour une laparotomie. » Ici, nous dirons : elle doit être encore plus rigoureuse que pour une laparotomie. Car un péritoine a des moyens de défense contre l'infection. Le

tissu cellulaire dans lequel on fait une résection costale n'en a que de très faibles.

Pour pratiquer celle-ci, on fera donc une toilette soigneuse du malade : benzine iodée et teinture d'iode la veille de l'opération et le jour même, immédiatement avant l'acte opératoire, étendues sur une large surface dans la région à opérer, constituent le meilleur mode de stérilisation des téguments. Les instruments seront préparés comme d'habitude : stérilisation dans la pétrovaseline portée pendant trente minutes à la température de 130 à 140 degrés, et nettoyage au bouilleur ordinaire. Le chirurgien et ses aides, après un lavage soigneux des mains, opéreront avec des gants, de préférence en caoutchouc. Avec ceux-ci, en effet, lorsqu'on en a l'habitude, on acquiert vite une dextérité aussi grande qu'avec des gants de fil, et, en outre, on est assuré d'une asepsie beaucoup plus rigoureuse.

Nous verrons, au cours de l'intervention, comment doit être faite l'hémostase.

Le choix des instruments n'offre aucune particularité : ce sont ceux qui sont employés habituellement pour les résections costales.

Le mélange de Mosetig-Moorhof sera préparé suivant la formule habituelle qui est :

Iodoforme	60	grammes
Blanc de baleine . .	40	—
Huile de sésame . .	40	—

Il est placé dans les grands tubes de peinture employés actuellement pour conserver la vaseline

stérilisée. On adjoint à ces tubes les canules spéciales qu'a fait construire M. le professeur Bérard, pour l'introduction des mélanges iodoformés dans les cavités à obturer. On stérilise ces tubes et, au moment de l'application, on fait fondre le mélange au bain-marie à une température de 10 à 50 degrés jusqu'à ce qu'on obtienne une pâte molle. La consistance doit être telle qu'on puisse facilement faire pénétrer le mélange dans les moindres anfractuosités.

On n'emploie plus, en effet, le mélange liquide, comme le faisait autrefois Mosetig-Moorhof. A consistance pâteuse, comme du mastic, son emploi, ainsi que l'a montré M. Vignard, est beaucoup plus facile et d'un effet beaucoup plus certain.

Nous insistons peu sur ces détails de technique : on les trouvera exposés plus longuement et plus complètement dans la thèse de Gruber.

Jaboulay a proposé, dans la thèse d'Imbert, de remplacer l'iodoforme par le xéroforme, à proportions égales, dans le mélange de Mosetig-Moorhof. On éviterait ainsi, pour cet auteur, les accidents d'intoxication iodoformée qui ont été signalés dans quelques cas. En réalité, ces accidents très exceptionnels ne sont pas sûrement imputables à l'iodoforme, de sorte que l'on peut employer l'un ou l'autre de ces deux antiseptiques : les résultats sont les mêmes.

Tous ces détails préparatoires étant fixés, passons maintenant à l'intervention elle-même.

On peut la diviser en cinq temps :

PREMIER TEMPS. *Incision des parties superfi-*

cielles. — Nous avons déjà discuté dans le chapitre précédent, à propos de la technique de M. Salva-Mercadé, quelle était la meilleure incision à pratiquer pour une résection costale.

L'incision semi-circulaire, permettant de mobiliser un volet cutané, doit être réservée aux volumineux abcès accompagnant des lésions étendues d'une ou de plusieurs côtes et aux abcès fusant loin de leur point d'origine.

L'incision classique, transversale, parallèle à la direction des côtes, sera employée dans tous les autres cas. C'est l'incision que pratique habituellement M. Leriche. Elle doit être longue, déborder largement l'abcès sur ses deux côtés. En profondeur, elle est poursuivie jusqu'à la paroi de l'abcès froid, en ayant grand soin de ne pas inciser cette paroi.

Si l'on a affaire à un abcès déjà fistulisé, on fait la section des lèvres cutanées de la fistule par une incision circulaire.

Ce lambeau cutané sera enlevé en bloc avec la partie qui suppure. Une fois qu'il est isolé des parties saines, on introduit à l'intérieur de l'abcès une sonde cannelée et on la pousse jusqu'au contact de l'os malade : elle sert ainsi de guide dans l'isolement. Puis, la fistule et les lèvres cutanées sont enveloppées dans une grande compresse fixée par une pince. Dès lors le champ opératoire est à l'abri de toute infection venue de ce foyer et on peut intervenir dans les mêmes conditions que pour un abcès encore fermé.

Si l'on a faire à une collection déjà adhérente à la peau, sans qu'il existe encore de fistule, on procède

tout comme pour un abcès déjà fistulisé : on fait une incision circulaire qui permet l'extirpation de la surface cutanée suspecte.

DEUXIÈME TEMPS. *Dissection de l'abcès.* — L'abcès ne doit pas être ouvert au cours de cette dissection : il faudra donc procéder de la façon suivante :

S'il s'agit d'une collection peu tendue ou d'une poche déjà fistulisée à parois peu friables, on peut, en la clivant, arriver à l'isoler.

S'il s'agit au contraire d'une collection très tendue prête à s'ouvrir, si l'abcès fistulisé a des parois très minces, on le disséquera au bistouri en sectionnant les parties saines environnantes avec beaucoup de prudence. On poursuit ainsi la collection jusqu'au niveau de son point de départ sur la côte et on isole au fur et à mesure les diverticules qu'elle peut présenter.

TROISIÈME TEMPS. *Résection costale.* — Quand on est parvenu sur le foyer osseux, on enveloppe dans une compresse la tumeur purulente qui a été isolée et on procède à la dénudation sous-périostée de la côte, à quelques centimètres de chaque côté des points lésés. On sectionne la côte à la pince-gouge à droite et à gauche et on tente sa mobilisation. Pour ce faire, on incise très prudemment à la face interne en faisant basculer la tumeur alternativement en haut et en bas.

Cette dissection de la face interne de la côte doit se faire sous le contrôle de la vue, car deux dangers peuvent se présenter à ce moment : 1^o l'ouverture d'un abcès profond; 2^o l'ouverture de la plèvre. On

peut prévenir l'un et l'autre de ces dangers en procédant comme nous allons le dire.

L'abcès profond est disséqué comme l'a été l'abcès superficiel, mais avec plus de prudence encore. Si par hasard il s'étend largement à la face postérieure de la paroi thoracique, on fera les résections de côtes nécessaires et aussi largement qu'il faudra pour pouvoir l'aborder.

Dans certains cas, la plèvre pariétale présente elle-même des lésions et on peut être amené à en réséquer un lambeau. On utilisera alors le procédé opératoire suivant, qui est recommandé par M. Salva-Mercadé.

Pendant la résection, on fait comprimer par un aide la plèvre susjacente ; le lambeau est rapidement enlevé aux ciseaux et la plèvre est refermée le plus vite possible par quelques points au catgut. Cette compression suffirait à prévenir les effets du pneumothorax opératoire (Salva-Mercadé).

On agit de la même façon en cas d'ouverture accidentelle de la séreuse pleurale.

Quand l'isolement est complètement terminé, on enlève en bloc toute la masse formée par l'abcès froid et la ou les côtes réséquées.

QUATRIÈME TEMPS. *Hémostase*. — Ce temps est, avons-nous dit, primordial. Il doit être fait avec un soin méticuleux.

On aura, au cours de l'intervention, pincé tous les vaisseaux qui saignent. Les intercostales seront facilement saisies au moment de leur section, puisqu'on a fait une résection sous-périostée.

On pratique alors la ligature au catgut de tous les vaisseaux pincés, puis, pour tarir le suintement qui se produit encore, on emploie tous les petits moyens hémostatiques courants : compression avec un tampon, eau oxygénée, thermocautère porté au rouge.

On peut utiliser également le procédé préconisé récemment par M. Leriche : on place sur les parties qui suintent un petit lambeau musculaire pris au voisinage.

Pour obtenir l'assèchement parfait, on se sert également de l'aspirateur à eau de M. Villard (Vignard).

Bref, l'hémostase n'est complète que quand, suivant l'expression de M. Leriche, on peut passer un tampon sur les surfaces cruentées et le retirer aussi blanc qu'avant son usage.

CINQUIÈME TEMPS. *Suture et plombage.* — On fait alors la suture complète des surfaces cutanées au crin de Florence, mais on laisse, sans les serrer, les deux fils médians. On pratique ensuite l'injection du mélange de Mosetig-Moorhof dans la cavité.

Fautino et Valan pour les cavités osseuses, M. Vignard pour les cavités ostéo-articulaires, proposent de pratiquer le plombage en deux temps.

Dans un premier temps, on fait toute l'intervention jusqu'à la suture de la peau, mais on a soin de laisser au milieu de l'incision deux fils non serrés. Dans un deuxième temps, au bout de quarante-huit heures, lorsque le suintement hémorragique a complètement cessé, on nettoie la cavité avec une mèche de gaze et

on y introduit le mélange de Mosetig-Moorhof. On noue alors les deux fils d'attente.

On peut procéder de la même façon dans les résections costales. Cependant, M. Leriche préfère n'opérer qu'en un temps : il considère qu'on peut obtenir d'emblée une hémostase aussi parfaite et on évite au malade les ennuis et les risques d'un pansement.

Pour introduire le mélange, après l'avoir préparé comme nous l'avons dit plus haut et l'avoir amené à la consistance voulue, on place dans la cavité la canule construite par M. Bérard et qui a été adaptée à l'orifice du tube contenant le mélange. On en fait couler une certaine quantité, puis, avec un tampon de gaze et une pince, on tasse la pâte iodoformée de façon à combler toutes les anfractuosités de la poche. On en introduit ensuite une nouvelle quantité et cela jusqu'à ce que la poche soit complètement et parfaitement remplie. On rapproche alors les lèvres de la plaie en nouant les deux fils d'attente médians, puis on panse à la gaze.

Suites opératoires. — Vers le dixième ou onzième jour, les fils sont enlevés. La cicatrisation par première intention est obtenue et au quinzième jour le malade peut quitter l'hôpital.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Toutes les observations que nous publions ici sont dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé Leriche. Ce sont des observations de malades opérés et soignés par lui dans le service de M. le professeur Poncet.

OBSERVATION I

R... Jeanne, soixante-sept ans, a éprouvé, il y a deux ans, quelques douleurs dans le sein gauche qui lui font découvrir une tumeur grosse comme une noisette qui s'accroît progressivement en la faisant souffrir chaque jour davantage.

Elle entre, le 3 novembre 1912, dans le service de M. le professeur Poncet, où l'on constate, dans le sein gauche, une tumeur que l'on interprète comme un kyste, avec cette réserve qu'il y a, en haut et en dehors, un prolongement adhérent à la paroi thoracique et que, dans l'aisselle, il y a un ganglion.

5 novembre 1912. — M. Leriche intervient et trouve un abcès froid enkysté dans le sein. Les canaux galactophores paraissent malades.

On enlève le sein en totalité. Ceci fait, on découvre, sur la IV^e côte, une petite dépression punctiforme très

visible qui conduit dans une cavité osseuse remplie de matière caséuse. On l'évide puis on la plombe.

Réunion de la paroi en plusieurs plans, sans drainage.

Guérison par première intention.

Bonnes nouvelles deux mois plus tard.

Sur la radiographie, faite le 20 novembre, la masse de plombage apparaît très nette comme une tache réniforme ayant 4 centimètres de longueur.

OBSERVATION II

A. C..., vingt-trois ans, domestique à Lyon.

A eu, en août 1912, une bronchite aiguë qui dura trois semaines. Peu après, elle s'aperçut qu'elle portait, au-dessous du sein droit, une petite tuméfaction grosse comme une noisette, un peu douloureuse, qui s'accrut progressivement.

Elle entre, le 9 janvier 1913, dans le service de M. le professeur Poncet : il s'agit manifestement d'un abcès froid costal.

11 janvier 1913. — Sous anesthésie à l'éther, M. Leriche incise, dans le III^e espace intercostal, sur la tuméfaction et sous le grand pectoral, découvre un abcès à pus jaunâtre dont la poche fongueuse est disséquée, en se tenant dans les muscles, jusqu'à son pédicule costal.

La côte a un point caséux gros comme un noyau de cerise. Elle est réséquée.

Après plombage, les muscles sont suturés par-devant la perte de substance, les plans superficiels sont reconstitués à plusieurs plans.

La peau est suturée sans drainage.

Guérison par première intention.

La malade quitte le service le 20 janvier.

On a de ses nouvelles trois mois plus tard ; elle était en bonne santé.

OBSERVATION III

Clotilde F..., modiste, vingt-cinq ans.

Vient à l'hôpital, au début de juillet 1913, pour des douleurs lombaires très violentes dont elle souffre depuis le mois de février 1913.

Au début, ces douleurs s'accompagnaient de phénomènes intestinaux (constipation et diarrhée) et d'urines troubles.

En mars, elle eut une brusque crise avec syndrome de coliques néphrétiques.

En juillet, la même crise se répète et c'est ce qui la décide à subir l'examen.

On fait une exploration complète des reins, qui ne révèle rien (examen des urines, cystoscopie) et tout semble devoir être rapporté à un énorme abcès froid qui siège à un travers de main de la ligne épineuse, dans la région dorsale moyenne.

La radiographie des reins et du dos ne révèle rien.

L'examen des poumons est négatif.

31 juillet 1913. — Par une incision verticale et juxta-vertébrale, on découvre un volumineux abcès sous-musculaire répondant à trois espaces intercostaux.

La poche est disséquée et enlevée en totalité. Sous elle, on trouve une côte atteinte d'ostéite qui est réséquée.

Ceci fait, du pus paraît encore venir du voisinage de l'apophyse transverse correspondante (5^e dorsale probablement), on la découvre et on la résèque en partie. La

curette est promenée jusqu'à ce qu'elle ait trouvé de l'os compact et dur.

La grande cavité restante est soigneusement asséchée, puis remplie du mélange iodoformé, sutures à deux plans.

Départ du service le 13 août. La réunion est parfaite, la malade est très améliorée.

La radiographie montre une grosse masse de plombage étendue sur trois espaces intercostaux et allant jusqu'à une vertèbre.

Revue fin septembre. L'état général est toujours médiocre. Les urines demeurent un peu troubles. Mais au niveau du thorax, la guérison s'est maintenue parfaite.

OBSERVATION IV

M^{me} G..., trente-quatre ans, femme de chambre à Lyon. Typhoïde à neuf ans. Bronchite à vingt-cinq ans.

En janvier 1913, elle commença à souffrir au niveau de la face antérieure du thorax et constata la présence, à ce niveau, d'une petite tumeur dure, ronde, de la grosseur d'une bille. Cette tumeur s'accroît lentement et se ramollit peu à peu.

A la fin de février 1913, on lui fit une ponction. Les douleurs cessent et la malade se porte bien jusqu'en octobre, date à laquelle réapparaît la tumeur. Enfin, elle entre, le 16 décembre 1913, dans le service de M. le professeur Poncet.

Lorsqu'elle entra, salle Sainte-Anne, la tumeur offrait tous les caractères d'un abcès froid de la paroi thoracique. Elle était allongée, reposait sur la III^e côte et sur l'espace intercostal sous-jacent et empiétait sur le sternum. La fluctuation s'obtenait d'une façon nette et la pression sur

la III^e côte, centre de la tumeur, provoquait une douleur vive, en un point localisé, près de l'union du cartilage avec le tissu osseux.

L'état général était bon.

M. Leriche intervint dans l'idée d'enlever toute la lésion comme une tumeur, ainsi qu'il a l'habitude de le faire.

Après une longue incision curviligne continuant sur le bord droit du sternum, le sillon sous-mammaire, toute la poche fut disséquée très minutieusement en taillant au besoin dans les muscles, puis enlevée en masse. Alors la côte malade fut réséquée ainsi que le cartilage en entier.

Le sternum fut échancré sur l'étendue d'une pièce de 2 francs. Après cela, il restait une cavité assez grande, mais à parois saines, où l'hémostase fut très soigneusement faite jusqu'à ce qu'aucune goutte ne s'y épanche. Puis on remplit cette cavité du mélange iodoformé de Mosestig-Moorhof aseptisé et on sutura soigneusement, par-dessus les plans susjacents : muscle, tissu cellulaire sous-cutané et peau en trois couches distinctes.

La plaie se cicatrisa par première intention, si bien que, moins de trois semaines après cette intervention, la malade qui avait eu déjà plusieurs crises de coliques hépatiques avec température, ictère, vomissements, put subir une cholécystectomie dont elle est aujourd'hui parfaitement remise. Ceci prouve la perfection des suites opératoires de la première intervention.

Quand on examine la région sterno-costale, on sent nettement une dépression correspondant à la cavité faite par l'intervention, là où les tissus cartilagineux et osseux malades ont été enlevés.

Mais la région est indolore, souple et le résultat définitivement acquis est parfait.

Cette observation montre bien la supériorité du mode de traitement qui considère les abcès froids costaux comme des tuberculomes à enlever en totalité, quitte à faire une perte de substance assez grande que l'on comble par plombage.

On réalise ainsi vraiment le traitement idéal de ces lésions, puisqu'on peut obtenir la guérison par première intention en huit jours.

OBSERVATION V

J. P..., ménagère, soixante-sept ans.

Entre, le 26 février 1913, dans le service de M. le professeur Poncet pour des abcès froids multiples du thorax : elle en a un au niveau du IV^e espace intercostal gauche, près de la ligne axillaire, un autre du côté droit, sur la III^e côte, et un abcès volumineux, fistulisé, au niveau du rebord cartilagineux du thorax.

1^{er} mars 1913. — Sous anesthésie à l'éther, on intervient sur chacun des foyers ; l'abcès est disséqué et la côte partiellement enlevée. La cavité est plombée et la paroi refermée en deux plans.

Les suites sont normales, sauf au niveau de l'abcès inférieur où il persiste un peu de douleur à la pression, après ablation des fils.

Départ le 25 mars, sans qu'il y ait eu aucune élimination.

Revient dans le service le 27 février 1914 : elle présente sous le sein droit, dans le sillon sous-mammaire, un abcès fistulisé à l'extrémité de la cicatrice opératoire. De là sort un peu de pus séreux.

4 mars. — Intervention : le cartilage est malade. Il

est réséqué largement ; il n'y a plus trace de plombage mis l'an dernier.

Après nettoyage, stérilisation et hémostase de la cavité, on la plombe.

Suture à deux plans.

Suites normales, mais au huitième jour, quand on enlève les fils, il se fait un peu d'élimination du plombage ; on injecte à nouveau dans la cavité du plombage par la fistule.

Pansements répétés tous les quatre jours, extrêmement simples d'ailleurs.

Fin mars, la malade est toujours en cours de traitement.

Les deux autres abcès plombés sont parfaitement guéris, et, radioscopiquement, il n'y a plus trace de plombage fait à leur niveau.

Depuis quinze mois, M. Leriche a opéré tous les abcès froids par la méthode dont nous avons donné la technique. Elle a été appliquée chez les cinq malades de nos observations.

Dans ces cinq cas, les suites opératoires ont été ce qu'elles devaient être, c'est-à-dire extrêmement simples.

La cicatrisation s'est faite par première intention. Chez aucun nous n'avons observé de fistules, d'élimination du mélange iodoformé. Aucun n'a présenté de température.

Ces complications, si elles s'étaient produites, n'auraient pu être occasionnées, d'ailleurs, que par des fautes de technique : elles peuvent et doivent, par conséquent, être évitées facilement.

Dans aucun de ces cinq cas, nous n'avons observé, non plus, la moindre intoxication iodoformée.

CHAPITRE V

INDICATIONS

De l'étude que nous venons de faire sur le traitement classique des ostéites costales, de la lecture des observations que nous publions, il ressort nettement que la technique de la résection costale, telle que la préconise M. Leriche, constitue un progrès incontestable sur tous les autres modes classiques de traitement.

Intervention facile, elle offre, en outre, l'immense avantage de simplifier au maximum les suites opératoires. En quelques jours, le malade a sa plaie guérie et il peut quitter immédiatement l'hôpital. Il peut, dans ces conditions, améliorer au grand air, beaucoup mieux qu'il ne le ferait dans une salle de service hospitalier, son état général et éviter ainsi les localisations secondaires du bacille de Koch si fréquentes à la suite des ostéites costales.

Aussi, pour toutes ces raisons, il résulte de notre exposé que la technique préconisée par M. Leriche doit être appliquée à toutes les ostéites costales. Aussi simple que toute autre intervention, elle doit en avoir les mêmes indications; donnant des résultats supé-

rieurs, elle doit être préférée à toute autre technique et employée systématiquement.

Elle n'a qu'une contre-indication : celle qui s'oppose à l'emploi du bistouri dans les ostéites costales, c'est-à-dire : le mauvais état général du malade.

En effet, si les lésions pulmonaires ou autres ne permettent pas à un malade de supporter la moindre intervention, il n'y a, dès lors, qu'un traitement palliatif de l'ostéite costale, c'est la ponction de l'abcès froid pour en éviter la fistulisation.

CONCLUSIONS

I. — Le mélange iodoformé de Mosetig-Moorhof constitue un bon moyen d'obturation, non seulement des cavités osseuses ou des cavités laissées par une résection articulaire, mais encore des cavités entourées de parties molles, telles que celles qui sont consécutives à des résections costales.

II. — Mais, pour que le plombage constitue un mode d'obturation supérieur aux autres modes de pansement, il faut :

1° Que le mélange iodoformé soit parfaitement aseptique ;

2° Que les parois des cavités soient aseptiques ;

3° Que l'hémostase des cavités soit faite aussi parfaitement que possible.

Car s'il persiste, dans la cavité, de l'infection ou du sang, le mélange iodoformé sera éliminé et la cavité suppurera.

III. — Pour réaliser ces trois desiderata : aseptie du plombage et des cavités hémostase parfaites, nous préconisons, avec M. le professeur agrégé Leriche, le traitement des ostéites costales par :

- 1° L'ablation en bloc de l'abcès froid et de la côte lésée comme il est fait d'une tumeur maligne;
- 2° L'hémostase parfaite de la cavité.

IV. — Dans ces conditions, on peut combler cette cavité, la plomber, avec le mélange iodoformé de Mosetig-Moorhof, ou le mélange xéroformé, ou celui de Delbet et faire la suture immédiate des plans superficiels, sans drainage.

V. — Nos observations montrent que les malades, opérés avec cette technique, ont eu leurs plaies cicatrisées par première intention et ont pu quitter l'hôpital, complètement guéris, vers le quinzième jour.

VI. — Il n'y a qu'une contre-indication à l'application de cette méthode, c'est le mauvais état général des malades ne leur permettant pas de supporter une intervention.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
L. BÉRARD.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 1^{er} avril 1914,

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne signalons ici, parmi les publications antérieures à 1908, que les travaux lyonnais. Ils sont de beaucoup les plus importants. On trouvera dans la thèse de Grüber les autres indications.

I. — Sur le plombage iodoformé de Mosetig-Moorhof.

1904. BÉRARD et THÉVENOT, De l'obturation des cavités osseuses pathologiques d'après la méthode de Mosetig-Moorhof (*Revue d'Orthopédie*).
- RENAUD, *Du plombage iodoformé des os* (thèse de Lyon).
1907. POLLENET, *Contribution à l'étude de l'oblitération des cavités osseuses par le mélange de Mosetig-Moorhof* (thèse de Lyon).
1908. VIGNARD et GRUBER, Du plombage des os par le procédé de Mosetig (*Province médicale*, n° 30).
- — Du plombage des articulations (*Lyon chirurgical*, n°s 2 et 3).
- GRUBER, *Du plombage des articulations* (thèse de Lyon).
- NOVÉ-JOSSERAND, *De l'oblitération des cavités osseuses* (Rapport au XXI^e Congrès de Chirurgie, Paris).
- *Société de Chirurgie de Lyon*, réunions des 30 janvier, 9 avril, 30 avril, 7 mai, 12 novembre.
- *Société des Sciences médicales de Lyon*, séances des 10 juin, 1^{er} juillet.
1909. V. MARTIN, *Du traitement de la coxalgie par le curettage suivi de plombage* (thèse de Lyon).
- BÉRARD, *Communication au XII^e Congrès français de Chirurgie*, Paris.
- VIGNARD, *Idem*.
- *Société de Chirurgie de Lyon*, séances des 29 avril, 17 juin, 16 décembre, 23 décembre.
- *Société des Sciences médicales de Lyon*, 22 décembre.

1910. RENDU, *Contribution à l'étude de l'oblitération des cavités osseuses par le mélange de Mose-tig-Moorhof* (thèse de Lyon).
- G. MATHIOT, *Des résultats éloignés du traitement de la tuberculose osseuse et ostéo-articulaire chez l'adolescent et l'adulte par la méthode de Mose-tig-Moorhof* (thèse de Lyon).
- *Société de Chirurgie de Lyon*, séances des 20 janvier, 24 février, 3 mars.
1911. IMBERT, *Contribution à l'étude du plombage xéroformé* (thèse de Lyon).
- J. CLARK-STEWART, Résultats de l'emploi de la masse de Moorhof à la Clinique chirurgicale de l'Université de Minnesota (*Annals of Surgery*, mai).
- *Société de Chirurgie de Lyon*, 7 décembre.
1912. *Société de Chirurgie de Lyon*, séances des 23 mai, 3 juillet.

II. — Sur le traitement des abcès froids de la paroi thoracique.

- RAU, Résection costale pour péri-chondrite tuberculeuse par le procédé à tranchées multiples ; résultats éloignés (*Association française de Chirurgie*, Paris, 1904 ; *Revue médicale de la Suisse romande*, 1904).
- MATINIAN (Mlle), Contribution à l'étude de la tuberculose chondro-costale ; procédé opératoire de M. Roux (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1905).
- TIXIER et THÉVENOT, les Abcès froids de la paroi thoracique d'origine articulaire (*L. chir.*, 1910, n° 1).
- SCHWARTZ, *Chirurgie du thorax*, Paris, 1912. (On trouvera dans cet ouvrage toutes les références nécessaires et que nous n'avons pas voulu répéter.)
- SALVA MENADÉ, Tuberculose des cartilages costaux (*Journal de Chirurgie*, février 1914).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Evolution des idées dans l'emploi de la méthode de Mosetig-Moorhof	11
CHAPITRE II. — Traitement classique des abcès froids tho- raciques d'origine costale	19
CHAPITRE III. — Technique de la résection costale avec plombage iodoformé et suture immédiate	31
CHAPITRE IV. — Observations.	39
CHAPITRE V. — Indications.	46
CONCLUSIONS.	49
BIBLIOGRAPHIE	51

